**ORDENA XXXXXXX XXXXXXXXX XXX**

**XXX XXXXXXXX XXXX XXXXXX.**

**ALTO BIOBIO, XXX DE XXXXXXX DEL XXXX.**

**DECRETO ALCALDICIO (E) Nº XXX SALUD.**

**V I S T O S:**

1. La Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Nº 18.695, del 31.03.1988 y sus modificaciones posteriores.
2. La Ley 19.378 del 22.01.16 Última Versión del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. La Ley Nº 18.883 “Estatuto Administrativo para los funcionarios Municipales” supletoria del E.A.P.S.M.
4. La Ley 19.959 del 21.07.2004 que crea la Comuna de Alto Bio Bio.
5. El D.F.L. Nº 1-3063 del Ministerio del Interior, sobre traspaso de los Servicios Públicos a las Municipalidades.
6. El Decreto Alcaldicio SM Nº007 del 12.01.2005, que aprueba Convenio de Traspaso del Servicio de Salud Municipal desde comuna Santa Bárbara a comuna Alto Bio Bio.
7. El D.A. (SM) Nº21 del 31.01.2005 que aprueba creación Depto. de Salud Municipal de la comuna de Alto Biobío.
8. El Decreto Alcaldicio N°2096 del 28.06.2021 por el cual asume en el cargo alcalde de la comuna de Alto Bio bío Don Nivaldo Piñaleo Llaulén.
9. El Decreto Alcaldicio N°3193 del 16.08.22 por el cual asume subrogancia en el cargo alcalde de la comuna de Alto Biobío.
10. El Decreto Alcaldicio N°3002 del 01.08.2022 que aprueba asunción en el cargo de secretario municipal.
11. El Decreto Alcaldicio N°3197 del 16.08.2022 que designa subrogancia en el cargo secretario municipal de la comuna de Alto Biobío.
12. El Decreto Alcaldicio N°XX del XX.XX.XXXX que nombra director comunal del Departamento de salud de la comuna de Alto Biobío.
13. El Decreto Alcaldicio N° XXX del XX.XX.XXXX que designa encargada de la Unidad de Personal del Departamento de Salud.
14. El D.A. (TC) Nº XXXXX del XX.XX.XXXX que aprueba presupuesto para el Depto. de Salud Municipal año XXXX.
15. Las necesidades del servicio. Según la orden de trabajo extraordinario adjunta.

**D E C R E T O:**

1. **ORDENASE,** trabajo extraordinario, a:

-XXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXX RUN: XX.XXX.XXX-X XXXXXXXX, CATEGORIA X, NIVEL XX° DEL DEPTO. DE SALUD, XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX, XXXXX XXX XXXXXXX, el día XXXXXXXXX XX de XXXXX del XXXX.(XXXX XXXXX)

1. **XXXXXXXXXX**, XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX.
2. **ANOTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.**

 **JAVIERA RAVANAL QUIROZ NIVALDO PIÑALEO LLAULEN**

 **SECRETARIA MUNICIPAL (S) A L C A L D E**

**DISTRIBUCIÓN:**

-Archivo SEMU

-Archivo Personal

-Unidad Personal

-Finanzas